

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 11 Juillet 1907, à 1 heure

PAR

Ernest-Firmin MAZEAU

Né à Saint-Mesmin-le-Vieux (Vendée), le 23 mars 1881

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Ancien interne de l'Hôtel-Dieu du Mans

ESSAI

SUR

LE TRAITEMENT DU CANCROÏDE

DE LA LÈVRE INFÉRIEURE

(Procédés de choix)

Président : M. BERGER, professeur

*Juges { MM. DE LAPERSONNE, professeur
LAUNOIS, agrégé
LANGLOIS, agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUE

15, RUE RACINE, 15

1907

THE
LIBRARY

OF THE

CONGRESS

OF THE
UNITED STATES

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

364

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 11 Juillet 1907, à 1 heure

PAR

Ernest-Firmin MAZEAU

Né à Saint-Mesmin-le-Vieux (Vendée), le 23 mars 1881

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Ancien interne de l'Hôtel-Dieu du Mans

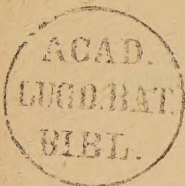
ESSAI

SUR

LE TRAITEMENT DU CANCROÏDE

DE LA LÈVRE INFÉRIEURE

(Procédés de choix)



Président : M. BERGER, professeur

MM. DE LAPERSONNE, professeur

Juges

LAUNOIS, agrégé

LANGLOIS, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE
Professeurs		MM.
Anatomie		POIRIER
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL
		BRISSAUD
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		SEGOND
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER
	}	HAYEM
Clinique médicale		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		GRANCHER
Maladies des enfants		JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux		LE DENTU
	}	TERRIER
Clinique chirurgicale		BERGER
		RECLUS
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN
Clinique d'accouchements	}	N...
		PINARD
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LEGRY	PROUST
BALTHAZARD	DUPRE	LEGUEU	RENON
BRANCA	DUVAL	LEPAGE	RICHAUD
BEZANÇON	FAURE	MACAIGNE	RIEFFEL, chef
BRINDEAU	GOSSET	MAILLARD	des travaux anat.
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MARION	TEISSIER
CARNOT	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CLAUDE	LABBE	MERY	Vaquez
CUNEO	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH
DEMELIN	LAUNOIS	POTOCKI	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A LA MÉMOIRE
DE MON ONCLE REGRETÉ

A MA TANTE

A MES FRÈRE ET SŒURS

MEIS ET AMICIS

A NOS PROFESSEURS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUGUET

Médecin de l'Hôpital Lariboisière
Membre de l'Académie de Médecine
(Médecine générale. — Stage 1901-1902.)

M. LE PROFESSEUR RÉNON

Médecin de l'Hôpital de La Pitié
(Maladies du cœur et des poumons. — Stage 1903-1904.)

M. LE DOCTEUR DUFOUR

Médecin du Bastion 27
(Maladies nerveuses. Externat juillet-août 1904)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HALLOPEAU

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine
(Maladies de la peau. — Externat 1904-1905.)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ OMBRÉDANNE

Chirurgien des Hôpitaux. Hôpital Tenon
(Chirurgie. — Externat 1905.)

M. LE DOCTEUR LAPOINTE

Chirurgien des Hôpitaux. Hôpital Tenon
(Chirurgie. — Externat, 1905-1906.)

M. LE DOCTEUR BOISSARD

Médecin accoucheur de l'Hôpital Tenon
(Accouchements. — Stage d'Externat 1905.)

A M. LE PROFESSEUR BERGER

Chirurgien de l'Hôpital Necker
Membre de l'Académie de Médecine

*qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider notre thèse,
Nous offrons nos hommages les plus res-
pectueux et l'assurons de notre pro-
fonde reconnaissance.*

ESSAI SUR LE TRAITEMENT
DU
Cancroïde de la Lèvre inférieure

AVANT-PROPOS

Lors de notre internat, à l'Hôtel-Dieu du Mans, nous avons eu l'occasion d'opérer, grâce à l'amabilité de M. le Dr Drouin, un cancroïde de la lèvre inférieure, en employant le « petit procédé de choix », de notre honoré maître Ombrédanne, chirurgien des hôpitaux de Paris. Nous avons pu ainsi nous rendre compte des résultats excellents que donnait cette méthode et nous allons essayer de montrer ici que les deux procédés, préconisés par notre maître Ombrédanne, l'un pour les cancroïdes de moyenne étendue, l'autre pour les cancroïdes ayant envahi toute la lèvre inférieure, sont ceux auxquels nous devons donner la préférence à l'heure actuelle.

Mais qu'on nous permette, avant tout, d'adresser

nos hommages et nos remerciements aux différents maîtres qui nous ont dirigé dans nos études et qui ont pris à tâche de nous inculquer les principes de la médecine.

Nous sommes heureux de pouvoir exprimer notre profonde reconnaissance à notre maître Ombrédanne, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et qui a bien voulu, par ses conseils éclairés, nous aider à mener ce travail à bonne fin.

Nous n'oublierons pas de remercier ici le D^r Rocher, dont nous avons été l'interne à l'Hôtel-Dieu du Mans, les D^{rs} Drouin, Delagénère, Méliçon, Goutard et Hervé, qui nous ont toujours reçu avec amabilité dans leurs services, et nous ont fait profiter, à maintes reprises, de leur longue expérience.

Nous tenterons, dans notre carrière, de mettre à profit les conseils que nous ont prodigués nos maîtres, et nous essaierons de suivre fidèlement le chemin qu'ils nous ont tracé.

INTRODUCTION

Généralités sur le Cancroïde de la lèvre inférieure

Étiologie. — Les habitants de la campagne semblent plus exposés que les citadins au cancroïde de la lèvre inférieure. Serait-ce parce qu'ils observent moins bien les règles de l'hygiène de la bouche ? Cette explication nous semblerait assez plausible, puisque nous trouvons rarement le cancroïde chez les individus soigneux de leurs lèvres, et le rencontrons fréquemment chez les ouvriers malpropres.

Heurtaux donne à l'hérédité une place étiologique prépondérante ; mais le facteur principal incriminé par tous les classiques est le tabac.

Les fumeurs ont, de tous temps, été considérés comme les plus exposés à devenir porteurs d'un cancroïde de la lèvre inférieure, et parmi les fumeurs, ceux qui ont la fâcheuse habitude de brûler leurs cigarettes jusqu'à la dernière extrémité et surtout ceux qui se servent de cette pipe, au tuyau outrageusement raccourci, que le vulgaire appelle, non

sans raison, le « brûle-gueule ». Le sexe masculin semble seul payer tribut au cancroïde ; et la femme, même faisant usage du tabac, reste impunie. « Il n'est pas une Bretonne du Morbihan qui ne fume le brûle-gueule et pourtant, en Bretagne comme ailleurs, la femme est indemne. »

Le cancroïde, qui nous occupe, frappe donc surtout les hommes, mais ordinairement ceux qui ont atteint ou dépassé la trentaine. Gangolphe aurait cependant opéré un cancroïde sur un malade âgé de quatorze ans.

Anatomie pathologique. Evolution et pronostic.

— Le cancroïde de la lèvre inférieure est ordinairement un épithélioma pavimenteux, souvent lobulé, quelquefois corné. Il se propage par la voie lymphatique et gagne ainsi les muscles avoisinants, si l'on en croit Heurtaux, dont la voix est prépondérante en pareille matière. Ce serait de cette façon, que suivant le chemin tracé par l'orbiculaire, le cancroïde gagnerait les commissures.

Le cancroïde de la lèvre inférieure débute sur le rebord cutanéomuqueux, le plus souvent à gauche, non loin de la commissure, habituellement en face de la brèche dentaire créée par le port de la pipe.

La muqueuse peut être exceptionnellement le point de départ de la tumeur, lorsque celle-ci se greffe sur des plaques de leucoplasie préexistantes.

Ce cancroïde, à marche lente mais sûre, envahit les lymphatiques, par eux les ganglions géniens, sous-maxillaires, et plus tardivement les ganglions

de la chaîne carotidienne. Il s'étend peu à peu vers les joues, le menton, gagne par continuité le maxillaire inférieur et peut même pénétrer dans le trou mentonnier, c'est alors qu'il occasionne des douleurs intolérables dues à la compression du nerf dentaire inférieur.

La terminaison, si le chirurgien n'intervient pas, est fatale. La mort survient environ trois ans et demi après le début des accidents, d'après la statistique de Lebert.

Symptomatologie. — Le cancroïde de la lèvre inférieure se présente sous différentes formes.

Ce peut être d'abord une simple production épithéliale exagérée, s'étendant sur une petite partie du rebord labial. Sous cette forme le néoplasme peut rester longtemps stationnaire.

D'autres fois il apparaît sous la forme, d'un épithélioma corné, siégeant sur le bord de la lèvre, ayant les apparences d'une excroissance dure, résistante, mais relativement bénigne.

La forme la plus commune du cancroïde de la lèvre inférieure est la suivante : c'est au début sous les apparences d'une saillie verruqueuse qu'il se présente, puis des fissures à bords indurés se forment, des croûtes apparaissent, croûtes que le malade arrache sans cesse. Plus tard seulement le cancroïde s'ulcère, et à mesure qu'il gagne en hauteur, il s'étend vers les commissures. La douleur jusque-là absente apparaît, les ganglions à peine perceptibles deviennent alors énormes, se prennent en masse, et lors-

que le maxillaire inférieur est envahi des douleurs atroces se déclarent. Pendant un an et demi ou deux ans le cancroïde peut rester stationnaire, mais lorsqu'il est ulcéré, les hémorragies se montrent rares d'abord, fréquentes ensuite, la suppuration apparaît, et l'insomnie vient bientôt compléter ce sinistre tableau.

Diagnostic. — Le diagnostic de cancroïde de la lèvre inférieure est ordinairement facile.

Le chancre syphilitique peut cependant quelquefois, simuler le cancroïde. Mais en ce cas, le malade est habituellement jeune, et les ganglions sont perceptibles dès le début de l'affection et peuvent même parfois précéder l'apparition du chancre.

Ce sont surtout les gommés syphilitiques qui prêtent à confusion ; mais l'interrogatoire bien conduit éclairera le diagnostic, et en tout cas le traitement spécifique lèvera tous les doutes.

Les tumeurs hybrides à la fois épithéliomateuses et syphilitiques sont pour le moins très difficiles à dépister, et après essai du traitement mercuriel, il sera bon de recourir le plus vite possible au traitement chirurgical.

M. Ombrédanne a pu voir à l'hôpital Boucicaut, un cas de bobriomyose simulant un cancroïde au début.

Nous devons donc aussi penser à une manifestation de ce genre, lorsque nous aurons à examiner une tumeur végétante.

Traitement. — Le praticien, qui vient de poser le

diagnostic de cancroïde de la lèvre inférieure, doit choisir entre deux traitements distincts : l'un médical, l'autre chirurgical.

Discutons d'abord les différents modes du traitement médical, qui nous semble devoir être délaissé de nos jours.

Stark essaya de traiter des cancroïdes des lèvres par l'arsenic.

Hue (de Rouen), Clarac (de Bordeaux) reprenant les pratiques délaissées de Frère Côme et de Dubois emploient la pâte molle à l'acide arsénieux, mais les résultats sont peu satisfaisants. Ce ne sont pas exemples à imiter, car « au voisinage des orifices naturels, la réaction inflammatoire périphérique est quelquefois violente, et si la surface cautérisée a plus de 3 centimètres carrés on peut craindre des accidents toxiques par absorption », nous dit Arnozan.

D'autres, comme Davezac et Bordes ont essayé, mais en vain, d'injecter dans la tumeur quand elle n'était pas ulcérée, au pourtour de celle-ci, quand il y avait ulcération, une solution arsenicale ; les résultats sont aléatoires et ces pratiques sont dangereuses au point de vue intoxication.

Bergeron, Gaucher, ont tenté d'appliquer sur le cancroïde, du chlorate de potasse. Mais ce traitement, ne dépassant pas les limites apparentes du mal, est voué à un échec inévitable.

Les rayons X, maniés cependant par des mains expertes, se montrent impuissants à entraîner la guérison du cancroïde que nous étudions. Danlos,

cite un cas d'épithélioma de la lèvre où il y eut une poussée ganglionnaire violente, peu de temps après la guérison apparente de l'affection. Dans un autre cas semblable il y eut une poussée simulant une angine de Ludwig, et Danlos ajoute : « il est certain que nous agissons moins facilement sur les ganglions que sur les épithéliomas qui les précèdent ».

Bilot a vu apparaître des ganglions ou augmenter ceux qui existaient déjà, à la suite de la radiothérapie.

Nous voyons donc que si quelquefois la guérison locale semble obtenue, on est, dans un temps peu éloigné, obligé d'avoir recours au bistouri.

Tels sont les principaux traitements médicaux opposés au cancroïde de la lèvre inférieure. Nous pouvons nous rendre compte facilement qu'ils sont pour le moins insuffisants et parfois dangereux.

Il nous reste donc le traitement chirurgical qui, à l'heure actuelle, semble nous offrir beaucoup plus de garanties. Mais, avant d'aborder l'étude des procédés, vraiment chirurgicaux, rappelons, pour mémoire, les moyens craintifs qu'ont parfois employés les opérateurs.

La cautérisation légère ou profonde est, on le comprend, aisément, d'un effet nul et ne peut que donner un coup de fouet à la maladie.

L'excision semi-lunaire du bord libre de la lèvre, n'est applicable qu'aux cancroïdes de peu d'étendue, opérés tout à fait à leur début, et cependant elle laisse, par la suite, une brèche cicatricielle dont les

inconvenients fonctionnels sont des plus fâcheux.

Actuellement l'asepsie nous autorise à opérer plus audacieusement, et à détruire le cancroïde d'une façon plus complète ; « il faut enlever la tumeur aussi radicalement que possible » disait le professeur Tillaux.

QUELQUES MOTS SUR LA CHÉILOPLASTIE

La chéiloplastie est l'art de restaurer les lèvres. La première question qui se pose est celle-ci : Est-il nécessaire de réparer la perte de substance créée par l'ablation d'un cancroïde ?

Dans son *Traité d'Anatomie topographique* le professeur Tillaux répond ainsi : « Lorsque toute la hauteur de la lèvre a été sacrifiée en même temps que sa largeur, non seulement la préhension des aliments et la phonation sont gênées, mais il en résulte surtout un écoulement incessant de salive à l'extérieur, source d'affaiblissement pour les malades et de tourment perpétuel. Il faut donc toujours faire suivre l'ablation de la totalité d'une lèvre d'une opération réparatrice, de la chéiloplastie.

On employa cependant longtemps des appareils de prothèse, destinés plutôt à masquer la perte de substance qu'à donner à la lèvre un fonctionnement satisfaisant. Mais les multiples inconvénients dont ils étaient la source les ont fait abandonner vers 1830. La salive, les liquides buccaux qui venaient se collecter dans des éponges spéciales donnaient à l'ha-

leine du malade une odeur intolérable, et c'est à juste titre que l'on en revient à pratiquer couramment l'autoplastie des lèvres.

Verneuil préconisait la chéiloplastie en deux temps, afin de mieux surveiller pendant quelques jours les points qui pourraient récidiver, et afin aussi d'avoir une perte de substance moindre à réparer.

M. le professeur Berger fait encore de nos jours une cheiloplastie en deux temps.

Voyons quels sont les inconvénients de cette méthode. Non seulement nous faisons ainsi subir au malade deux opérations, deux chloroformisations, mais nous l'exposons à l'infection, car les liquides buccaux, qui viennent baigner pendant une semaine ou deux les surfaces cruentées, sont loin d'être aseptiques.

L'autoplastie de la lèvre inférieure en un temps, autrement dit immédiate, nous semble bien préférable. Nous n'avons alors qu'une seule opération, nous comblons vivement la perte de substance consécutive à l'ablation du cancroïde, et nous faisons gagner au malade un temps qui peut lui être précieux, tout en le mettant à l'abri de la suppuration.

Que devons-nous demander encore à une bonne chéiloplastie ? qu'elle fournisse à notre malade une lèvre fonctionnant d'une façon normale au point de vue préhension des aliments, mastication, insalivation ou phonation.

L'aspect esthétique, bien que d'une importance relative, ne sera pas négligé pour cela. En un mot

nous devons imiter la nature, refaire ce qu'elle avait déjà fait, c'est-à-dire redonner à notre opéré une lèvre souple, épaisse, contractile, bordée et doublée de muqueuse, le tout par une seule opération.

Mais avant d'étudier les différents procédés qui nous permettront d'atteindre le but visé, qu'on nous autorise à placer quelques mots sur l'historique du traitement chirurgical du cancroïde de la lèvre inférieure.

HISTORIQUE

Celse dans son *De re Medica* voulait déjà que l'on rapiécât les lèvres fendues et, pour ce, proposait des incisions auxiliaires à distance. Galien, Paul d'Egyne, Albucasis sont muets à cet égard.

Franco, chirurgien du xvi^e siècle, explique dans son *Traité des Hernies* la façon de tailler les lambeaux réparateurs et de les mobiliser.

Tagliacozzi, le fondateur de la méthode italienne, emprunte à la peau du bras, non loin du coude, la peau nécessaire à la chéiloplastie.

Puis, les appareils prothétiques étant en honneur, on abandonna l'autoplastie des lèvres, et il nous faut aller jusqu'à Chopart pour retrouver des essais de chéiloplastie (1785).

A partir de 1814, on tente de tous côtés de réparer les lèvres : Carpue, 1814, Græfe à Berlin, 1817, Delpech, 1823, Roux de Saint-Maximen, 1828, Velpeau, Dupuytren, Hovan, Lallemand, Lisfranc, Diefenbach, Malgaigne, Camille Bernard, Ollier de Lyon, etc., publient des monographies sur la chéiloplastie inférieure.

M. le professeur Berger essaie de remettre en honneur la méthode italienne.

Larger, Guinard, Morestin, Mauclaire multiplient les essais et perfectionnent les procédés d'autoplastie.

ANCIENS PROCÉDÉS

Ces procédés nombreux que nous passerons en revue aussi rapidement que possible, car ils sont à peu près abandonnés de nos jours, peuvent se diviser en trois catégories :

- 1° Ceux de la méthode italienne ;
- 2° Ceux de la méthode française ;
- 3° Ceux de la méthode indienne.

Méthode italienne

Cette méthode consiste à emprunter à une partie de la peau, éloignée de la perte de substance à réparer, le lambeau nécessaire à la chéiloplastie.

Tagliacozzi, qui fonda cette méthode, employa la peau du bras près du coude, pour refaire une lèvre nouvelle à son malade, et ne coupa que vingt-quatre jours après l'opération, le pédicule de son lambeau.

Græfe en 1819, tenta d'imiter Tagliacozzi, mais il obtint rapidement la gangrène de son lambeau et l'opération échoua.

De nos jours, le professeur Berger essaye de remettre en honneur la méthode italienne, mais

après quelques tentatives il avoue que cette méthode « ne peut être mise à contribution que sur des sujets relativement vigoureux, souples et jeunes et qui peuvent supporter pendant quelques jours la fatigue d'une position forcée et d'une immobilité complète. »

Or les individus porteurs de cancroïdes sont ordinairement incapables de remplir les conditions requises, vu leur âge avancé.

Mais sans parler de la position fatigante imposée au malade, ni des modes de contention compliqués qu'entraîne la méthode italienne, il nous semble qu'un lambeau cutané exposé à être souillé continuellement par les sécrétions de la bouche est fatalement voué à la gangrène.

La méthode italienne, dont l'utilité peut être de premier ordre, lorsque nous avons à réparer des lèvres brûlées ou atteintes de lupus, doit donc être considérée comme insuffisante, lorsqu'il s'agit d'une chéiloplastie consécutive à l'ablation d'un cancroïde.

Méthode française

« Les procédés de la méthode française utilisent des lambeaux qui sont simplement étirés ».

Celse, Serre, Verhæghe et Gross taillent dans les joues des lambeaux carrés à pédicule externe qu'ils étirent transversalement.

Chopart, Szymanowski, Alquié, Zeiss, utilisent

des lambeaux carrés à pédicule inférieur et les étirent verticalement.

Lisfranc, Serre, Malgaigne, Sédillot, Dieffenbach, Desgranges, Camille Bernard se servent de lambeaux triangulaires qu'ils réunissent en les étirant transversalement ; d'autres enfin comme Roux de Saint-Maximin, Beau (de Toulon), Weber, taillent des lambeaux triangulaires et les allongent obliquement en haut et en dedans.

Que le pédicule des lambeaux taillés par les chirurgiens fidèles à la méthode française soit latéral, ou inférieur, que ces lambeaux eux-mêmes soient carrés ou triangulaires, les résultats obtenus sont peu satisfaisants.

La lèvre nouvelle, non doublée de muqueuse, est appelée à se rétracter par suite du travail cicatriciel post-opératoire, et de plus, l'élasticité de la peau, mise en jeu pour combler la brèche, non seulement rompt les points de suture peu de temps après l'opération, mais aide encore à rendre la lèvre plus insuffisante, soit en la plaquant sur les dents, soit en l'attirant vers le menton.

Méthode indienne

« Les procédés de la méthode indienne sont ceux dont les lambeaux viennent en bonne place grâce à un mouvement de torsion plus ou moins accentué de leur pédicule ».

Dieffenbach emprunte ses lambeaux réparateurs à

la joue ; Adelman suit à peu près le même procédé opératoire ; Jasche, tout en utilisant les joues, descend ses incisions courbes jusqu'à la région carotidienne.

Delpech, à la région sus-hyoïdienne, taille un lambeau lancéolé, dont il tord complètement le pédicule, pour l'amener en bonne position.

Ce dernier procédé, qui est en somme le type des procédés de la méthode indienne, nous donne une lèvre qui tend à descendre, malgré les sutures de soutènement, et de plus le lambeau est long, maigre, non doublé et sa torsion exagérée ou fâcheuse pour sa vitalité.

De plus, Fayt, dans sa thèse, prétend qu'il existe une « aberration de la sensibilité qui illusionne l'opéré et lui fait rapporter les sensations, quand on touche la nouvelle lèvre, à la région d'emprunt cervicale ».

Certains malades, du reste, ne sauraient nous donner un lambeau convenable, par le procédé de Delpech, alors qu'ils sont porteurs de cicatrices scrofuleuses.

Des trois méthodes que nous venons de passer rapidement en revue, nous réservant d'étudier plus longuement les nouveaux procédés, la méthode indienne est celle qui nous fournit les meilleurs résultats opératoires.

Elle nous permet d'obtenir une lèvre épaisse, bien doublée, continente, si nous avons soin de choisir des lambeaux dont la position nous évite de tordre leurs pédicules d'une façon exagérée.

NOUVEAUX PROCÉDÉS

Avant d'aborder l'étude et la critique des nouveaux procédés, il nous semble utile de rappeler quel but doit se proposer d'atteindre le chirurgien qui opère un cancroïde de la lèvre inférieure. Disons de suite qu'un opérateur doit chercher à éviter les récidives et à reformer une lèvre aussi parfaite que possible au point de vue du fonctionnement et de l'esthétique. Quelles sont les conditions à remplir pour ce fait ?

Cunéo, dans le *Traité d'Anatomie descriptive du Professeur Poirier*, nous montre que la lèvre inférieure possède deux réseaux lymphatiques, l'un cutané, l'autre muqueux. Les vaisseaux cutanés sont au nombre de deux à quatre de chaque côté, gagnant les médians, les ganglions géniens, les latéraux et ceux avoisinant la commissure, les ganglions sous-maxillaires. Les vaisseaux lymphatiques sous-muqueux, au nombre de deux ou trois pour chaque moitié de la lèvre, se portent en bas et en dehors, s'accolent à l'artère faciale et se jettent dans les ganglions sous-maxillaires.

Chemin faisant ces deux voies lymphatiques reçoivent

vent les vaisseaux, peu nombreux, il est vrai, des muscles de la région.

Il est important de remarquer que les collecteurs cutanés s'entrecroisent fréquemment ou s'anastomosent, ce qui pour nous revient au même, avec ceux du côté opposé.

Les vaisseaux sous-muqueux, au contraire, gagnent directement les relais ganglionnaires correspondant à leurs territoires.

Or, comme l'a proclamé hautement Heurtaux, le cancroïde se propage de proche en proche par la voie lymphatique, gagne ainsi les muscles environnants et atteint les différents relais ganglionnaires par ce même processus.

Nous savons, de plus, l'anatomie vient de nous l'apprendre, que les ganglions d'un côté peuvent recevoir les lymphatiques du côté opposé.

Au point de vue opératoire, ces considérations ont une importance énorme, car nous en déduisons que nous devons faire une ablation large du cancroïde, dépassant de beaucoup les limites apparentes de la tumeur et que nous devons, dans le cas d'épithélioma médian, enlever les ganglions de chaque côté du cou. Mais devons-nous pratiquer constamment l'éradication ganglionnaire? D'après certains auteurs, « tous les ganglions hypertrophiés, dépendants de la tumeur ne sont pas épithéliomateux ».

Cornil et Ranvier nous apprennent que l'envahissement ganglionnaire se fait en deux temps : « Dans la première période, d'une durée indéterminée, le

ganglion est seulement augmenté de volume et comme les voies lymphatiques qui y aboutissent sont oblitérées par le processus initial, le ganglion peut être considéré comme un organe d'arrêt pendant cette première phase. Mais à cette phase inflammatoire succède l'infection spécifique des ganglions qui deviendront eux-mêmes de nouveaux foyers d'infection. »

Mais comment saurons-nous reconnaître cliniquement une adénite inflammatoire d'une adénite cancéreuse. L'examen histologique seul pourrait nous éclairer à ce sujet et, dans le doute, il est préférable, plutôt que d'exposer le patient aux récurrences, de faire d'une façon systématique le curage des régions ganglionnaires qui dépendent de la tumeur.

Il ne faut pas oublier non plus que la pathogénie du cancroïde est encore très obscure. On tend de plus en plus à admettre que l'épithélioma serait transmissible, et de peur que le bistouri ne soit pas étranger aux récurrences qui se font sur la cicatrice cutanée même, il est prudent de tailler en tissu sain, et par conséquent de faire une exérèse large de la tumeur et des ganglions.

Quand l'ablation aussi large, aussi complète que possible sera achevée, il restera pour le chirurgien à remplir une tâche au moins aussi ardue que la première ; celle de réparer la brèche qu'il a faite et de créer à nouveau une lèvre inférieure ; car, dit M. le professeur Berger, « la destruction d'une notable partie de la lèvre soit supérieure, soit inférieure ne

constitue pas seulement une difformité très apparente, et d'un aspect repoussant; elle détermine des troubles fonctionnels variables, mais toujours très pénibles qui, plus encore que la défiguration réclament impérieusement la réparation de la perte de substance. »

Nous savons déjà que nous emploierons la chéiloplastie immédiate, et que nous essaierons de copier la nature. Il nous faudra des lambeaux épais pour avoir une bonne lèvre, une doublure de muqueuse pour éviter la rétraction cicatricielle, et un bord rouge, que nous ferons de toute pièce, ou que nous créerons en partie seulement, pour donner à notre malade une lèvre extensible et contractile.

Nous allons voir maintenant quels sont les procédés qui remplissent le plus complètement les conditions nécessaires à un bon traitement du cancroïde de la lèvre inférieure.

Procédé de Berger

M. le professeur Berger comprenant que la méthode italienne ne donnait que des résultats peu satisfaisants dans le cas de cancroïde, préconisa, au Congrès français de Chirurgie, qui eut lieu à Lyon en 1894, le procédé suivant qui comprend deux temps :

Première opération. — Partant de chaque commissure labiale, on fait une incision égale légèrement supérieure à la moitié de la longueur de la future lèvre ; on coupe couche par couche les tissus

jusqu'à la muqueuse buccale que l'on respecte. L'artère faciale a été liée et coupée. On sectionne alors la muqueuse à 1 centimètre et demi au-dessus des autres tissus de la joue, et l'on suture le bord libre de cette muqueuse à la lèvre inférieure de l'incision. On suture enfin à la partie supérieure de cette incision la peau à la muqueuse.

Deuxième opération. — Quelques semaines après on reconstitue la nouvelle lèvre. Pour ce faire, on incise, sur une longueur de 3 centimètres environ, tous les tissus en se dirigeant en bas et en dedans ; cette incision partant de l'extrémité externe de l'incision de la première opération. On avive alors les bords de la perte de substance due à la destruction de la lèvre inférieure, on détache les adhérences déjà formées et on réunit les bords internes des deux moitiés de la lèvre qui se trouve ainsi reconstituée.

Il reste un trou à combler dans la joue, ce que l'on fait en suturant la lèvre supérieure de l'incision de la première opération à la lèvre externe de l'incision récente.

Appréciation. — Le résultat de cette opération, imitée de Dieffenbach, est à peu près satisfaisant. On a une nouvelle lèvre bordée, doublée de muqueuse mais légèrement bridée, mais nous considérons comme un grave inconvénient les deux temps éloignés de l'opération. Comme nous l'avons fait remarquer plus haut, le malade doit subir deux opérations, deux chloroformisations, et se trouve pendant quelques semaines exposé à l'infection. Une

incision supplémentaire est nécessaire pour l'ablation des ganglions.

Procédé de Stein

Deux incisions cernent en V la tumeur que l'on enlève alors. Après avoir détaché la lèvre supérieure du maxillaire en sectionnant le repli labio-gingival, on trace un lambeau triangulaire, sur cette lèvre. Le sommet du lambeau correspond à la sous-cloison du nez, la base atteint le bord libre de la lèvre, qui est pourtant intact : Une incision, partant du sommet du triangle et tombant au milieu de la base, divise le lambeau primitif en deux autres égaux, latéraux, symétriques.

Chaque lambeau est alors rabattu et fixé par le sommet à l'angle de la perte de substance de la lèvre inférieure, le bord interne de ces lambeaux, devenu externe par le renversement, est réuni à la lèvre interne correspondante du V taillé dans la lèvre inférieure. Le patient possède, à ce moment, trois bouches, une médiane verticale, deux latérales horizontales.

Vingt jours après, on incise de chaque côté les pédicules des lambeaux qui réunissaient les deux lèvres ; les pertes de substances supérieure et inférieure sont comblées en suturant les branches du V inférieur et du V renversé supérieur. La lèvre inférieure possédant un bord rouge est ainsi rétablie.

Cette description est empruntée aux « Autoplasties » de M. Ombrédanne.

Appréciation. — Ce procédé de Stein est incontestablement très ingénieux et permet de redonner à la lèvre inférieure son aspect normal, mais il est très long, très compliqué, et les nombreuses incisions qu'il comporte, sont loin de le rendre abordable à tous.

De plus, nous adresserons à ce procédé les mêmes reproches qu'aux procédés à deux temps de M. le professeur Berger, en ajoutant que les lambeaux étroits et soumis à une torsion fâcheuse sont exposés au sphacèle.

Nous considérerons encore que la lèvre supérieure, qui est saine, est sacrifiée au profit de la lèvre inférieure, et que ce procédé ne nous semble applicable qu'à un nombre restreint de cancroïdes, ceux qui sont de peu d'étendue et siègent à la partie médiane de la lèvre inférieure.

Procédé de Larger

Après avoir excisé la tumeur en carré, on fait une première incision partant de l'union du tiers gauche avec les deux tiers droits de la lèvre supérieure, et atteignant le bord externe de l'aile gauche du nez. Cette incision comprend toute l'épaisseur de la lèvre. On sectionne alors les tissus de la joue en partant de l'extrémité supérieure de la première incision, parallèlement au sillon naso-génien, et on descend un peu plus bas que le niveau de la commissure gauche. On excise le bord rouge du lambeau,

on suture celui-ci dans la perte de substance de la lèvre inférieure, on suture également la joue à la lèvre supérieure, et on réunit la muqueuse à la peau sur le bord libre de la nouvelle lèvre inférieure.

Appréciation. — Le procédé de Larger nous donne une nouvelle lèvre épaisse et doublée de muqueuse, mais elle laisse cependant un liséré cicatriciel sur le bord libre de la lèvre inférieure, et M. le professeur Berger reproche à cette technique « de sacrifier le bord rouge dans l'étendue de la partie labiale du lambeau... pour reconstituer ensuite sur le côté opposé un autre bord beaucoup moins satisfaisant.

De l'aveu même de Fayt, dont la thèse était faite dans le but de préconiser le procédé de Larger, la commissure créée par l'opération est loin d'être parfaite : « Il s'organise là, dit-il, une cicatrice exubérante, éminemment rétractile, ayant pour fâcheux effet d'attirer en haut le coin commissural, d'atrésier l'orifice buccal et de le dévier obliquement, un peu comme dans l'hémiplégie faciale »... et il ajoute plus loin « que fréquemment, M. le professeur Jeannel dut intervenir en second lieu pour débrider la commissure ».

Procédé de Guinard.

Guinard a imité le procédé de Larger en essayant de le perfectionner.

L'incision première de la lèvre supérieure est empruntée à Larger, et c'est seulement au deuxième temps de l'opération que commence la différence

des deux procédés. Au lieu d'exciser simplement le bord rouge du lambeau, Guinard dissèque la muqueuse à sa jonction avec la peau ; une fois l'ourlet muqueux détaché, il le renverse et l'applique par sa face cruentée sur le maxillaire inférieur, et à l'aide de quelques points de catgut, reconstitue un cul-de-sac gingivo-labial. Il réunit alors les bords de la perte de substance supérieure et inférieure et pour éviter l'asymétrie faciale du procédé de Larger, il opère de la même façon du côté opposé.

Appréciation. — Ce procédé, bien qu'aboutissant à un tiraillement des joues, en somme peu gênant, ne donne au bord rouge de la lèvre supérieure sacrifiée qu'un emploi peu important, dit Morestin au Congrès de Chirurgie, 1903. « Cette modification quelqu'ingénieuse qu'elle fût, laisse entière la critique formulée contre le procédé de Larger, car, bien évidemment, supprimer la bande ou la consacrer à cet usage, c'était toujours la sacrifier. »

Les commissures labiales, ne profitant nullement de la modification de Guinard, sont sujettes aux mêmes critiques que dans le procédé de Larger.

*Modification de Morestin apportée au procédé
précédent*

M. Morestin, comprenant que « la cantho-chéiloplastie doit être un temps essentiel de toute réparation labiale », cherche à utiliser le bord rouge du

lambeau emprunté à la lèvre supérieure pour reformer une commissure souple.

Avant de tailler le lambeau réparateur, M. Morestin détache le bord rouge afin de l'employer plus tard, comme nous le verrons. Il le laisse attendant à la partie demeurante de la lèvre supérieure. Après avoir rabattu le lambeau destiné à limiter le nouvel orifice buccal, il retourne le liséré rouge conservé, de telle sorte que sa face cruentée vienne s'adapter au bord supérieur de la nouvelle lèvre inférieure. La commissure est ainsi formée par la plicature du liséré à l'endroit où il se détache de la lèvre supérieure.

Appréciation. — La modification apportée au procédé de Guinard par Morestin est sans doute de grande valeur, car elle donne à la lèvre inférieure un fonctionnement et une esthétique meilleurs, tout en assurant une commissure souple. Mais les reproches que l'on a adressés au procédé précédent ne disparaissent pas pour cela. Abattre, en effet, la lèvre supérieure saine, pour reformer une lèvre inférieure, c'est ce qu'on appelle vulgairement découvrir Pierre pour couvrir Paul. De plus, comme on peut le comprendre facilement, ce procédé n'est applicable qu'aux cancroïdes commissuraux de peu d'étendue. Cette façon d'agir, du reste, n'autorise le chirurgien qu'à faire une ablation trop économique du cancroïde, de peur de ne pouvoir réparer convenablement. Cependant, de l'aveu même de M. Morestin, il faut opérer largement et en diver-

geant. Autre considération, si nous avons affaire à des noyaux épithéliomateux siégeant sur toute l'étendue de la lèvre inférieure, que nous restera-t-il de la lèvre supérieure une fois l'opération terminée? La réponse se fait d'elle-même. Nous obtiendrons une lèvre inférieure, très présentable, c'est possible, mais il ne restera plus traces de la lèvre supérieure ou une atrésie énorme de la bouche, deux alternatives également peu satisfaisantes.

Procédés dits « de choix » de M. Ombrédanne.

Nous nous proposons maintenant d'étudier les deux procédés, dus à M. Ombrédanne, et qui nous paraissent, à l'heure actuelle, dépasser de beaucoup les autres, étudiés précédemment, par leur facilité relative, et leurs résultats tant éloignés qu'immédiats.

Nous appellerons « grande opération », celle qui permet l'ablation d'un cancroïde étendu et la chéiloplastie consécutive, et « petite opération » celle, plus simple, plus à la portée des praticiens, qui s'adresse aux cancroïdes laissant intacte une partie du bord rouge de la lèvre inférieure.

Grande opération. — On circonscrit largement la tumeur, en faisant une incision en V dont l'extrémité atteint le menton.

Grâce à une incision médiane prolongeant la pointe du V on atteint le groupe des ganglions géno-hyoïdiens qu'on enlève. On taille alors les lambeaux

autoplastiques de la façon suivante : de chaque commissure, on fait partir une incision, ne comprenant que la peau, incision qui aboutit à la partie inférieure de la dépression qui sépare le tragus de l'antétragus.

On fait ouvrir la bouche du malade, et l'on tranche la muqueuse à 1 centimètre au-dessus de l'incision cutanée. On a sectionné par conséquent l'artère faciale, que l'on a eu soin de préciser en temps voulu.

Sur le masséter, bien entendu, l'incision ne comprend que le tissu cutané.

De l'extrémité externe de cette première incision on fait une seconde incision oblique en bas et en avant et parallèle au bord correspondant de la perte de substance de la lèvre.

On continue ainsi jusqu'à un travers de doigt au-dessous du bord inférieur du maxillaire. On dissèque alors ce lambeau obtenu carré, à pédicule inférieur ; on sectionne le cul-de-sac gingival et on met à découvert la région sous-maxillaire en veillant à ne couper à nouveau l'artère faciale. C'est alors qu'on peut facilement faire le curage de la région sous-maxillaire, enlever en bloc les ganglions et la glande souvent malade, après avoir lié et sectionné le canal de Warthon.

On reconstitue ensuite le bord rouge de la future lèvre, en ourlant la peau avec la muqueuse que l'on avait taillé exubérante précédemment, mais on ne fait cet ourlet que sur une longueur égale à la moitié de la lèvre à créer.

Pour finir, on suture le bord inférieur de la mu-

queuse correspondant à la future lèvre, aux restes du cul-de-sac gingival ; on réunit au catgut les bords internes de la muqueuse des lambeaux jusqu'au liséré cutanéomuqueux. On réunit ensuite à la soie fine les bords cutanés des lambeaux, et la lèvre est refaite. Il reste, si la perte de substance a été trop grande, un vide à combler sur le masséter ; on réussit facilement à refermer cette plaie, en tirant légèrement sur les téguments de la région sternomastoïdienne et en les suturant à la tranche supérieure de la grande incision horizontale.

Petite opération. — Cette opération, moins difficile que la précédente, comprend les différents temps suivants :

On cerne d'abord la tumeur par une incision en V dont les branches peuvent être légèrement incurvées en dehors si besoin en est. La pointe du V descend au-dessous du menton, et, de ce point, on fait partir deux incisions horizontales et latérales qui passent à un travers de doigt au-dessous du rebord inférieur du maxillaire et qui atteignent la région carotidienne, ce qui permet d'enlever en bloc les ganglions géno-hyoïdiens et sous-maxillaires.

Pour donner alors à la lèvre inférieure une ampleur suffisante et étaler la lèvre inférieure, en un mot pour éviter le « cul de poule » que donnerait fatalement la réunion simple des branches du V, on fait à partir des commissures une incision oblique en haut et en dehors, longue de 12 millimètres. Une autre incision, partant de l'extrémité externe

de la précédente, dirigée en bas et en dehors, longue également de 12 millimètres est faite de telle sorte que son extrémité externe se trouve sur une ligne horizontale même de la commissure. Ces incisions comprennent toute l'épaisseur de la joue, mais on prend soin comme dans la grande opération, de sectionner la muqueuse 1 centimètre plus haut que la peau. On suture l'extrémité de la lèvre supérieure, correspondant à l'ancienne commissure, à l'extrémité externe de la dernière incision. On borde de muqueuse la tranche inférieure de la solution de continuité, et on rapproche les tranches du V mentonnier après avoir surjeté au catgut la muqueuse interne, et l'opération est terminée.

Il est toutefois bon de placer un drain dans la région sous-maxillaire, drain que l'on enlève après deux ou trois jours.

OBSERVATION (personnelle)

Le 27 février 1907, Pierre P..., âgé de quatre-vingts ans, hospitalisé à l'Hôtel-Dieu du Mans, pavillon des vieillards, était envoyé salle Nélaton, lit n° 15, service de M. le Dr Drouin, par M. le Dr Hervé pour être opéré d'un cancroïde de la lèvre inférieure.

La tumeur datait de dix-huit mois environ ; elle offrait un aspect végétant, croûteux et fissuré. Le malade n'avait jamais

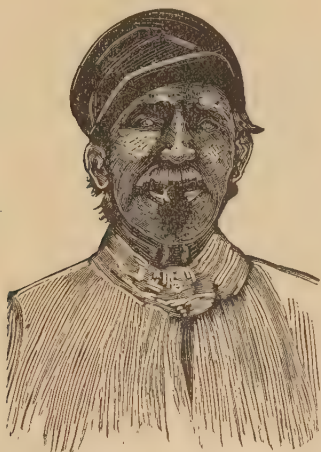


FIG. 1. — M. P... Pierre avant l'opération.

eu d'hémorragies et l'on pouvait sentir à la région sous-maxillaire quelques petits ganglions. Le cancroïde avait envahi la

peau jusqu'à la région de la houppe du menton, et la muqueuse jusqu'au repli, gingivo-labial.

Le père et la mère de ce malade n'avaient jamais eu de cancroïdes, et lui-même n'avait jamais eu la syphilis, mais il avait depuis très longtemps l'habitude de fumer le brûle-gueule.

Grâce à l'amabilité de M. le Dr Drouin nous avons pu opérer nous-mêmes ce malade. Aussitôt son entrée dans la salle Nélaton, nous commençons l'antisepsie buccale en le faisant gargarrer avec une solution de naphтол β.

Le malade est endormi avec l'appareil de Joncker, qui est



FIG. 2. — M. P... Pierre opéré le 5 mars.
(Quinze jours après l'opération)

très commode pour toutes les opérations sur la bouche. Au moment même de l'opération nous faisons laver la bouche du malade à l'eau oxygénée et après avoir soigneusement aseptisé la région où devait porter l'opération, nous excisons la tumeur. Aidé de notre ami et collègue, le Dr Molveaux, nous avons suivi aussi fidèlement que possible le mode opératoire de notre honoré maître Ombrédanne.

Le cancroïde était à peu près médian et laissait intact environ 1 centimètre de bord rouge de chaque côté.

La tumeur une fois enlevée, nous dégageons en bloc les ganglions géniens, sous-maxillaires et la glande sous-maxillaire elle-même. Nous plaçons un drain dans la région sous-maxillaire et suturons selon les règles.

Pour éviter la brèche légère qui se produit parfois après cicatrisation au milieu de la lèvre inférieure, nous avons tranché le liséré rouge en allant de dedans en dehors, de telle sorte qu'aussitôt après l'opération nous avons un léger bourrelet de muqueuse qui est disparu quelques jours après la guérison.

Cette opération a eu lieu le 2 mars 1907. Le 5 mars, aucune suppuration ne s'étant produite, nous avons pu enlever le drain, et le 9 mars les fils.

Notre malade retournait guéri au pavillon des vieillards le 14 mars.

Depuis ce jour, les cicatrices sont devenues de moins en moins apparentes et à l'heure actuelle, comme on peut s'en rendre compte en examinant la photographie que nous devons à notre ami le Dr Vasselin, il n'existe qu'une légère trace blanche au milieu de la lèvre inférieure. Le liséré cutanéomuqueux ne porte aucune trace de cicatrice, la lèvre est continente, contractile, et son fonctionnement ne diffère en rien de celui d'une lèvre normale.

INDICATIONS ET RÉSULTATS DES DEUX PROCÉDÉS DE M. OMBRÉDANNE

En pratique deux cas se présentent en général :
ou le cancroïde est étendu et atteint les commissures,
ou il est de peu d'étendue et laisse libre une partie
du bord rouge de la lèvre.

Dans le premier cas, nous emploierons la grande



FIG. 3. — M. V... Jardinier, opéré en février 1906.
par M. le professeur agrégé Ombredanne.

opération, qui nous permet de refaire de toutes pièces une nouvelle lèvre, dans le deuxième cas nous nous servons du petit procédé qui, tout en nous permettant d'employer le bord libre resté intact, nous donne le moyen de rendre à notre nouvelle lèvre sa longueur normale.

Nous voyons donc que ces deux procédés nous suffisent pour tous les cas de cancroïdes de la lèvre inférieure et que notre choix, entre ces deux opérations, sera guidé par le degré d'étendue de la tumeur.

Les résultats obtenus sont excellents. Occupons-nous d'abord de la grande opération. Nous avons, aussitôt l'acte opératoire accompli, une lèvre épaisse, doublée, bordée de muqueuse, les commissures bien plissées sont souples, ne gênant en aucun cas le malade dans ses mouvements. Cette lèvre, de tous points semblables à une lèvre normale, est continente. La salive ne s'écoule pas au dehors ; la préhension des aliments, la phonation, la mastication, ne sont nullement entravées.

Nous devons aussi envisager les résultats éloignés de cette opération, et nous le pouvons, attendu que le malade V..., jardinier, opéré par M. Ombrédanne au mois de février 1906, il y a par conséquent quinze mois environ, nous a permis de reproduire ici sa photographie tirée ces jours derniers.

Le fonctionnement de la lèvre est aussi satisfaisant qu'on pouvait l'espérer après une opération de cette gravité. La lèvre est bordée de rouge, et les cicatrices des joues et du menton se sont effacées peu à peu et ne sont nullement disgracieuses. Mais nous ne cacherons pas que le menton du malade s'est effilé, que la région sous-jacente aux incisions des joues s'est atrophiée légèrement, ce qui n'a rien pour nous surprendre, attendu que les filets du facial innervant

cette région avaient dû être inévitablement sectionnés.

Mais, en somme, cet inconvénient nous semble de peu de valeur. L'esthétique en souffre légèrement, mais le résultat fonctionnel est aussi bon qu'on peut le désirer. Depuis quinze mois passés, le malade n'a pas eu de récurrence du cancroïde, et il nous paraît peu probable qu'il en ait plus tard. Avoir un menton pointu après avoir été porteur d'un cancroïde très étendu n'est en vérité qu'un inconvénient peu grave, et il est juste de faire remarquer que la grande opération n'est en somme qu'une intervention d'exception.



FIG. 4. — M. P., Pierre 5 mois après l'opération.

Le petit procédé, nous avons pu nous en rendre compte par nous-même, est excellent à tous les points de vue. Ne s'adressant qu'à des cancroïdes de peu d'étendue, ce mode opératoire nous permet d'en-

lever facilement la tumeur, les ganglions, et de redonner, avec un peu de soins, une lèvre normale à notre malade. Avec une asepsie, aussi rigoureuse que possible, huit jours après l'opération, le patient peut mastiquer, parler facilement, et sa lèvre, d'un aspect normal, n'autorise nullement à supposer que cet individu était porteur, il y a quelques jours à peine, d'un épithélioma.

Nous ne pouvons, sans nous engager un peu, parler du résultat éloigné de ce procédé. Les récurrences, quoique toujours à craindre en pareil cas, nous semblent peu probables. Le malade, dont l'observation a été relatée plus haut, a été opéré il y a trois mois et demi, et rien ne laisse supposer que des noyaux épithéliomateux se reformeront à sa lèvre. Les cicatrices se sont beaucoup atténuées, et à peine une ligne blanche médiane marque-t-elle le passage du bistouri. La lèvre est aussi épaisse qu'on peut l'avoir à quatre-vingts ans ; bien bordée, bien doublée, elle est cependant restée d'un fonctionnement normal.

AVANTAGES DE CES PROCÉDÉS

Comme on le voit, ces procédés donnent aux chirurgiens des résultats tels que l'opérateur est en droit de se croire satisfait.

De plus, nous avons l'avantage énorme de n'intervenir qu'une seule fois et d'enlever facilement d'un seul coup, en bloc, les ganglions le plus habituellement atteints. Nous dirons même plus, le maxillaire même serait-il envahi, nous aurions la possibilité de l'énucléer en connaissance de cause et de reformer aussi facilement notre lèvre, grâce à la grande opération.

La symétrie faciale souvent sacrifiée par les autres procédés, est ici très bien conservée. Nous ne sommes plus exposés aux tiraillements consécutifs à la cicatrisation, car dans la grande opération l'espace à combler est sur le masséter et par suite très éloigné de la lèvre : l'élasticité de la joue saurait compenser la traction opérée par les tissus qui auraient servi à réparer même une grande perte de substance à cet endroit.

Dans la petite opération, nous n'avons rien à craindre à ce sujet, attendu que les incisions bila-

térales intéressant les joues, redonnent une longueur très suffisante à la nouvelle lèvre.

Donc ces deux procédés, s'adressant à tous les cas de la pratique journalière, nous paraissent remplir tous les desiderata. En faisant une exérèse large, nous évitons la contagion par le bistouri ; en faisant les incisions selon les règles données, nous pouvons aisément enlever en bloc les ganglions et les tissus envahis par le néoplasme et de plus il nous est possible de border et de doubler notre lèvre inférieure de muqueuse saine.

Nous ne terminerons pas ce dernier chapitre de notre thèse, sans discuter l'objection que pourraient nous opposer certains chirurgiens, fervents de la méthode des incisions divergentes.

« Il suffit, dit M. Morestin, de réfléchir au mode de propagation des cancers labiaux pour comprendre que le V n'est pas une pratique en rapport avec les données de l'anatomie pathologique, principalement en ce qui concerne ceux de la lèvre inférieure... » et il ajoute « la zone suspecte tend à s'élargir à mesure qu'on s'éloigne du bord libre. Le V prend le contre-pied de cette disposition. En un mot il serait obligatoire de faire l'excision de la tumeur en forme de V renversé Λ . »

Théoriquement, cette idée jaillie à l'examen des pièces anatomo-pathologiques, nous semble excellente, mais très loin de pouvoir être mise en pratique. Non seulement le chirurgien doit veiller à enlever aussi complètement que possible, la tumeur et ses

prolongements, mais il doit s'assurer aussi une réparation sinon facile, du moins possible.

Or, que se passe-t-il si l'on fait une exérèse divergente ? Plus nous avançons, plus la perte de substance devient énorme ; si nous avons à opérer un cancroïde infime, la réparation est encore possible mais si nous sommes aux prises avec un néoplasme étendu ou médian, il nous sera impossible d'exciser les parties atteintes en divergeant, car nous serons acculé à des difficultés insurmontables lorsqu'il nous faudra réparer la lèvre.

Nous savons, en effet, que les lymphatiques médians gagnent les groupes ganglionnaires symétriques, tout en portant l'infection néoplasique dans les tissus intermédiaires. Nous faudra-t-il prolonger les branches de notre V renversé jusqu'aux ganglions, siégeant de chaque côté du cou ? Mais alors, comment arriver à masquer cette énorme perte de substance ? Nous serons astreints à faire des incisions multiples, à tirailler nos lambeaux et nous arriverons à brider la lèvre nouvelle.

Force donc nous est, en pratique, d'employer les procédés convergents. L'exérèse en V est préférable à toute autre attendu qu'elle nous permet de dépasser largement les limites de la tumeur, et qu'elle nous facilite le travail de réparation. Il s'agit de choisir les procédés en V qui nous donnent le plus large champ d'exérèse, et tout sera dit. Or les procédés de M. Ombredanne nous permettent d'enlever les lymphatiques, les ganglions, les tissus envahis aussi largement que

nous pouvons le désirer. Ce sont des procédés convergents si l'on ne regarde que l'excision, et divergents, si l'on se rend compte du territoire qu'ils nous permettent d'explorer. La remarque, faite contre les procédés convergents, tombe donc devant les opérations que nous préconisons et tout n'est plus que querelle de mots.

Nous ajouterons, pour terminer, que si la grande opération de M. Ombredanne est du ressort d'un chirurgien de profession, la petite opération, en revanche, est à la portée de tout praticien habile et maître de son aseptie.

« Ces chirurgiens d'occasion qui cèdent à la tentation de commettre un acte opératoire facile », comme dit M. Morestin, pourront alors se permettre sans arrière-pensée d'opérer les petits cancroïdes, et ne promettront pas en vain à leurs clients de les guérir : c'est un avantage, et non des moindres.

CONCLUSIONS

De ce qui précède nous concluons :

1° Les deux procédés de M. Ombrédanne suffisent à tous les cas de pratique ;

2° Ils répondent entièrement aux exigences actuelles de la théorie du cancer, en permettant une exérèse large de la tumeur et, en offrant les moyens d'enlever en bloc les ganglions, de voir et de disséquer les autres territoires envahis ;

3° Ils redonnent à la lèvre inférieure un fonctionnement normal ;

4° Ils ne portent à l'esthétique qu'une atteinte minima compatible avec l'ablation complète du cancroïde ;

5° Le petit procédé, mis à la portée de tous, devient alors une opération de pratique courante.

Vu : Le Président de la thèse

P. BERGER

Vu : le Doyen :

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Audoucet.* — Thèse de Paris. 1894-1895.
- Berger.* — Congrès de Chirurgie. Lyon, 1894.
- Bouillet.* — Traitement chirurgical des cancroïdes de la lèvre inférieure. Résultats éloignés. Thèse de Lyon, 1906.
- Bouisson.* — Du cancer buccal chez les fumeurs. Thèse, 1859.
- Celse.* — De Re medica.
- Cornil et Ranvier.* — Anatomie pathologique.
- Dugué.* — Contribution à l'étude clinique de l'épithélioma de la lèvre inférieure. Thèse de Paris, 1900-1901.
- Faitout.* — Quelques observations d'autoplasties avec réflexions sur les méthodes employées. Thèse de Paris, 1898.
- Fayt.* — De l'épithélioma de la lèvre inférieure. Chéiloplastie par le procédé de M. Larger. Thèse de Toulouse, 1898-1899.
- Heurtaux.* — Archives provinciales de chirurgie, 1893.
- Morestin.* — Congrès de chirurgie, 1903.
— Congrès de chirurgie, 1904.
- Nélaton et Ombrédanne.* — Les autoplasties des lèvres, joues, oreilles, tronc, membres.
- Presse médicale.* Compte rendu de la Société de dermatologie, 14 avril 1906.

Poirier. — Anatomie descriptive. Les Lymphatiques, t. II, fasc. IV, p. 1284.

Reclus et Duplay. — Traité de chirurgie, t. V, p. 100.

Tillaux. — Anatomie topographique, 10^e éd., p. 303.

Tribune médicale. Société de dermatologie, 3 juin 1905.

